

(在宅介護を受けている方)

個人番号カード顔写真証明書

伊丹市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名						
住所	伊丹市					
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	性別	
電話番号						

申請者本人の
顔写真貼付欄

- ・最近6ヶ月以内に撮影されたもの
- ・無帽、正面、無背景で撮影されたもの
- ・人物を特定できないもの（複数人が映っている、サングラスなどで顔が確認できない、不鮮明なものなど）は不可

私は、上記個人番号カード交付申請者が、貼付した写真の者と同一人物であることを証明します。

(介護支援専門員記載)

専門員氏名	印
-------	---

(指定居宅介護支援事業者の長記載)

事業者名 事業者長名	印
施設の住所	
電話番号	

【注意事項】
事業者名欄には原則事業者印の押印が必要です。
なお、押印がない場合等は、
内容照会のため市から施設等にご連絡いたします。